

様式第1号

特定健康診査補助事業費用請求書

							所属所名		
組合員等 記号番号	受検者氏名	診察料	尿検査	採血料	血液生化学検査	血液学的検査	胃部エックス線検査 (間接撮影若しくは 直接撮影)又は胃内 視鏡検査	眼底検査	検査料小計
		円	円	円	円	円	円	円	
検査料を医療機関に支払った理由						検査料計		円	
千葉県市町村職員共済組合特定健康診査補助規則第10条第4項の規定により請求します。 千葉県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 年 月 日							請求者氏名 (代理請求者氏名)		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日							職 名 所属所長 氏 名		

- この請求書は、検査を受けた組合員が検査費用を共済組合に請求する場合の様式です。
- 千葉県市町村職員共済組合特定健康診査補助規則により、この請求書に掲げた検査項目のみ請求できます。
- この請求書には、検査に係る領収書又は検査医療機関が受検者あてに発行した請求書を添えてください。
- 同一市町村に検査を受けた者が2人以上いる場合は、受検者のうちから代理人を選び請求することができます。